Münster i/W. 1934. No 164 Med Diss

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. Westf.
(Direktor: Professor Dr. A. Stühmer).

Knötchenbildungen in der Mundhöhle bei Pringleschem Adenoma sebaceum.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster i. Westfalen

vorgelegt von

Alfons Müller,
Zahnarzt aus Sabershausen.

Kallmünz
Buchdruckerei von Michael Laßleben
1933

Dekan: Professor Dr. Esch,

Referent: Professor Dr. A. Stühmer.

In Dankbarkeit meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547410_0151

Eine der pathologischen Entartungserscheinungen der Haut des Gesichts gelangt unter einem klinischen Bilde zur Beobachtung, das zuerst unter der Bezeichnung „Adenoma sebaceum" beschrieben und bekannt geworden ist. Es handelt sich dabei um Naevusmißbildungen, die beide Geschlechter unterschiedslos befallen und in kleinen Geschwülstchen von Hirsekorngröße und gelblicher, roter oder braunroter Farbe ihren Ausdruck finden. Im allgemeinen zeigen sich die Veränderungen nur im Gesicht, greifen jedoch als Spielart des klinischen Bildes auch auf benachbarte Hautbezirke über. In einer geringeren Zahl von Fällen „Pringlescher Krankheit" wurden auch in der Mundhöhle Knötchenbildungen beobachtet, die den im Gesicht lokalisierten Effloreszenzen klinisch völlig analog waren. Bei der Durchsicht der uns zugänglichen Literatur fanden wir 18 Fälle dieser Art. 2 weitere kamen in der hiesigen Hautklinik zur Beobachtung, über die wir nachstehend berichten wollen.

Unser I. Fall

betrifft die 11 jährige Agnes B. aus E., die zwecks Behandlung einer Gesichtsaffektion Aufnahme in der hiesigen Universitäts-Hautklinik fand. Anamnestisch wurden die Aussagen des Mädchens wie die seines Vormundes verwertet. Die Eltern starben an Tb., seine Geschwister sind sämtlich gesund. Ernstlichere Erkrankungen hat es bislang noch nicht durchgemacht. Nach Angaben des Vormundes zeigten sich im 3. Lebensjahre des Kindes braune Flecken, die man zunächst für Sommersprossen hielt. Im 7. Lebensjahre begannen sie sich allmählich zu röten und an Größe zuzunehmen. Irgendwelche Form-, Größe- oder Farbveränderungen des Ausschlages waren nach Erreichen des heutigen Zustandes nicht mehr wahrzunehmen. In der Familie des Kindes ist dieses Leiden erstmalig bei unserer Patientin aufgetreten.

Status praesens: Bei der Erkrankten handelt es sich um ein mittelgroßes blondes Mädchen von kräftigem Körperbau. Sein Ernährungszustand ist zufriedenstellend. Intellektstörung liegt nicht vor. Herz, Lungen, Abdomen o. B.

Der spez. Gesichtsbefund zeitigt folgendes Untersuchungsergebnis: Es finden sich Anhäufungen kleiner Knötchen von Hirsekorngröße. Von derber Konsistenz, weisen sie einen Himbeer- bis hellroten Farbton auf. Die Effloreszenzen zeigen

sich in symmetrischer Anordnung auf der Haut beider Wangen, vornehmlich in den Regionen unterhalb der unteren Augenlider. Auch die Haut der Nase, insbesondere der Nasenwurzel, zeigt die gleichen Veränderungen, sodaß das Bild einer brükkenartigen Verbindung der beiderseitigen Tumorengruppen entsteht. Am stärksten befallen sind die beiden Nasolabialfalten. Schwächere Beteiligung an der Affektion zeigen die Oberlippe und die Haut des Kinnes. Unter dem rechten Auge und auf der linken Stirnseite finden sich 3 bis bohnengroße Naevi.

Bei der Untersuchung der Mundhöhle sind an der Gingiva im Bereiche der Incisivi Gruppen hirsekorngroßer, hellroter Effloreszenzen wahrzunehmen, die vom Margo gingivalis bis zur Umschlagsfalte lokalisiert sind. Bei der Palpation erweisen sie sich von derber Konsistenz. Über ihr zeitliches Auftreten ist anamnestisch nichts in Erfahrung zu bringen. Die übrige Mundhöhlenschleimhaut zeigt keine Sonderheiten. Gebißanomalien liegen nicht vor.

Diagnose: Auf Grund des eindeutigen klinischen Bildes ist die Diagnose auf Pringlesches Adenoma sebaceum für die Gesichtsdermatose gegeben.

Die Therapie wurde mittels der Diathermieschlinge mit gutem Erfolge durchgeführt.

Eine histologische Ausbeute des Falles war leider nicht möglich.

In unserem II. Falle

wurde die Beobachtung in der Ambulanz der Hautklinik gemacht. Es handelt sich um den 27 Jahre alten Bernhard N. aus B. Der Vater war Potator, die Mutter starb eines plötzlichen Todes. Sämtliche 4 Geschwister gesund. Im Alter von 2 Jahren erkrankte der Patient an schwerer Gehirnhautentzündung. Im Anschlusse daran zeigten sich im Gesicht, zunächst oberflächlich schwer feststellbar, „Stippchen“ in geringer Zahl. Im Verlaufe weiterer Jahre wurden ihrer dann mehr, ohne aber merklich aufzufallen. Im Alter von 14—17 Jahren wuchs der Ausschlag zu seiner jetzigen Stärke an. In der geistigen Entwicklung blieb der Kranke vollständig zurück. Sprechen und Gehen erlernte er spät. In seinem 15. Lebensjahre traten bei ihm starke psychische Defekte auf, — zuweilen Wutanfälle mit Zerstörungssucht —, sodaß man ihn 1923 in der Provinzialheilanstalt Münster unterbrachte. In der Familie des N. ist von ähnlichen Haut- und psychischen Erscheinungen nichts bekannt.

Status praesens: Infolge starker Imbezillität macht der Kranke einen kindlich-unbeholfenen Gesamteindruck. Psychischer Defekt führt bisweilen zu abnormen Sensationen. Daneben leidet er an Halluzinationen. Es besteht Erkrankung an tuberöser Sklerose.

Der Kranke ist von mittlerer Größe und kräftigem Körperbau. Ernährungszustand zufriedenstellend. Herz, Lungen, Abdomen o. B.

Die Cutis trägt auf den oberen Rändern der beiden Trapezius' gestielte, flache, stark linsengroße Fibrome von runder bis ovaler Gestalt, die beiderseits in schmalem Streifen bis zu den vorderen Achselhöhlen ziehen. In den Lumbalsegmenten finden sich vereinzelte starke Warzen. Die Haut des Rückens und der seitlichen Thoraxpartien trägt eine größere Anzahl stark bohnengroßer Fibrome in regelloser Anordnung (Excision). Die Glutaei sind von etlichen bis taubeneigroßen Fibromen bestanden (Excision). Die gleichen Tumoren zeigen sich in stark Bohnengröße an den seitlichen und hinteren Partien der Oberschenkel in beträchtlicher Zahl. Die Streckseite des linken Unterarmes weist einen Naevus pilosus pigmentosus auf, von der Größe $3^1/_2 \times 1^1/_2$ cm.

Spez. Befund: Die Stirnhaut zeigt sich befallen von vielen stecknadelkopfgroßen, breit aufsitzenden Effloreszenzen von roter bis bräunlicher Farbe. Sie erweisen sich palpatorisch von harter Konsistenz und sind nur mit der Haut verschieblich. Die gleichen Tumoren finden sich auch beiderseits der Nase, schmetterlingförmig angeordnet. In den Nasolabialfalten stehen die Geschwülstchen so dicht, daß die Haut granuliert erscheint. Nach den seitlichen Wangenpartien zu verliert sich der Ausschlag unter gleichzeitiger Vergrößerung der Wärzchen. Das Kinn ist wieder stärker von der Dermatose befallen.

In der Mundhöhle trägt die Gingiva des Oberkiefers zwischen linkem Caninus und rechtem 1. Molaren eine große Anzahl Knötchen, stark stecknadelkopfgroß, von derber Konsistenz und zentraler Dellung. Sie sind von himbeer- bis hellroter Farbe. Am Margo gingivalis stehen sie sehr dicht, zum Teil zu kleineren Bezirken konfluierend, während sie sich gegen die Umschlagsfalte zu verlieren. Die gleichen Erscheinungen zeigt die Unterkieferschleimhaut im Bereich der beiden Canini. Eine geringe Zahl hirsekorngroßer Effloreszenzen von tiefroter Farbe findet sich auch in der Schleimhaut der Unterlippe. An letzterer wie auch an der Gingiva des Ober- und Unterkiefers stellt man Naevi depigmentosi fest. Die

übrige Mundhöhlenscheimhaut zeigt keine Abweichungen von der Norm.

Über das zeitliche Auftreten der in der Mundhöhle lokalisierten Geschwülstchen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Das Gebiß ist regelmäßig und weist im Oberkiefer einige Lücken auf. In der Zahnreihe des Unterkiefers fehlt der linke seitliche Incisivus in Unterzahl.

Therapeutische Maßnahmen wurden nicht unternommen.

Zur Histologie: Es wurden an der Nasolabialfalte ein größeres Gewebsstück sowie der Gingiva des Oberkiefers 2 stark stecknadelkopfgroße Knö chen zu mikroskopischen Untersuchungszwecken entnommen, deren Ergebnis wir anschließend wiedergeben.

1. Nasolabialfalte.

Epidermis des großen, länglichen Gewebsstückes zeigt an vielen Stellen mit Horn ausgefüllte, trichterförmige Einsenkungen, die angeschnittenen Haarfollikeln entsprechen. Die Zahl der Follikel ist für die Hautstelle, aus der die Excision stammt, normal. Man findet auch mehrere große, tief in die Cutis eindringende und erweiterte Haartrichter. Die Erweiterungen, die sich als axial gestellte, längliche und an den Enden abgerundete, scharf begrenzte Aussparungen zu erkennen geben, sind bis in die untersten Talgdrüsenläppchen zu verfolgen. Die Talgdrüsen erscheinen an Zahl deutlich vermehrt und hypertrophiert. Sie reichen bis zum subcutanen Fett. Vor allem in den unteren Cutisabschnitten sieht man zahlreiche, von Bindegewebe umgebene Talgdrüsenquerschnitte, die ziemlich isoliert und entfernt von Follikelanschnitten liegen, sodaß ihr Zusammenhang mit einem Follikel fraglich erscheint. Auch die in der Tiefe gelegenen Drüsenläppchen sind häufig mit Epidermis ausgekleidet und zeigen nur wenig Drüsengewebe. Hier und da sieht man eine kleine atrophische Haarpapille und Haarzwiebel, wie ein kleines Anhangsgebilde. Neben den das Bild beherrschenden Querschnitten von Talgdrüsen, deren Parenchymzellen an sich jedoch normal sind, findet man zwischen ihnen ein meist diffuses, zelliges Infiltrat. Es ist sowohl im Papillarkörper wie auch in allen Abschnitten der Cutis vorhanden, findet sich aber vor allem in den mittleren Abschnitten der Cutis. Hier ist es wenig scharf begrenzt, aber stellenweise sehr dicht zwischen den Drüsenläppchen angeordnet. Die Zellinfiltrate selbst bestehen vor allem aus Rundzellen, die mit

Mastzellen untermischt sind. Mastzellen finden sich aber auch, und zwar zahlreicher als in den Infiltraten, in den oberen Schichten der Cutis und im Papillarkörper. Im Papillarkörper und in den oberen Lagen des Coriums sieht man auch hier und da deutlich erweiterte Lymphräume.

Das elastische Bindegewebe ist im Papillarkörper nur sehr spärlich vorhanden, in den mittleren und tieferen Lagen der Cutis aber ist es zwischen den zahlreicheren Talgdrüsenquerschnitten dicht gedrängt und zopfig verflochten.

Das kollagene Bindegewebe zeigt in keiner Hautschicht irgendwelche Abweichungen von der Norm.

Die Schweißdrüsen sind in normaler Zahl vorhanden; ihre Ausführungsgänge und Drüsengänge sind gelegentlich erweitert.

2. Gingiva-Gewebsstückchen.

Die Schleimhaut ist im ganzen etwas verbreitert, vor allem aber im Stratum spinosum. Es besteht stellenweise eine stark ausgeprägte Acanthose mit langen, in die Tiefe reichenden, fingerförmigen Zapfen, die sich gelegentlich in der Tiefe vereinigen und netzförmig erscheinen. Stellenweise finden sich kleine Bezirke von Parakeratose.

Das Bindegewebe des Coriums ist zellarm und ziemlich homogen. In den tiefer gelegenen Bindegewebsabschnitten erscheinen die einzelnen Faserbündel dichter, gröber und wie gequollen.

Die Gefäße sind größtenteils erweitert und vermehrt. In ihrer Umgebung, und stellenweise auch frei im Bindegewebe liegend, sieht man zahlreiche, vorwiegend aus Plasmazellen bestehende Zellinfiltrate.

Elastische Fasern lassen sich in dem Gewebsstück nicht nachweisen.

Hautanhangsgebilde wie Talg-, Schweiß- oder Schleimdrüsen sind nicht zu sehen.

Ad I. Als abnormste Erscheinung in dem Schnittbild ist die starke Proliferation der Talgdrüsen anzusprechen, die sich bei normalem Parenchymzellenbau bis in die tieferen Cutisabschnitte hinein erstreckt. Die Verdrängungserscheinungen an dem elastischen Bindegewebe sind offenbar als unmittelbare Folge der Drüsenwucherung aufzufassen. Die Zellinfiltrate deuten wohl auf Entzündungsprozesse hin, Erscheinungen, wie sie in diesem Zusammenhange des öfteren erwähnt sind. Durch vorliegendes Untersuchungsergebnis wird die auf Grund des

klinischen Bildes bereits gestellte Diagnose auf Pringlesches Adenoma sebaceum sichergestellt.

Ad II. Einen gänzlich anderen Befund zeitigte die Untersuchung der der Gingiva entnommenen Knötchen, obschon sie klinisch den Effloreszenzen der Gesichtshaut völlig analog waren.

Die auffälligste Veränderung ist hier vor allem in den Schleimhautanomalien zu erblicken. Dabei ist das Hervorstechendste die starke Acanthose, die sich in langen, in die Tiefe des Coriums hineinreichenden Zapfen zu erkennen gibt. Daneben erscheinen die Veränderungen am kollagenen Bindegewebe und die Gefäßerweiterungen und -wucherungen nicht minder beachtlich.

In einer Abhandlung Biberstein s über „Fibrome mit atypischer Epithelwucherung" sind von dem Verf. Neubildungen beschrieben worden, von denen einige sowohl in ihrem klinischen wie auch histologischen Bild starke Ähnlichkeit mit unserem zweiten Fall besitzen.

Das der äußeren Haut entstammende Untersuchungsmaterial wurde von dem Autor verschiedenen Personen entnommen. Bei den von Biberstein untersuchten Geschwülstchen handelt es sich um stecknadelkopf- und linsen- bis pfenniggroße Knötchen, von leicht zentraler Dellung und harter Konsistenz. Sie zeigen die verschiedensten Übergänge der Farbtöne von rosa bis braun.

Im histologischen Bild fand Biberstein stets mehr oder weniger starke Verbreiterung des Rete mit sporn- und fingerförmig in die Tiefe reichenden Zapfen, die sich zuweilen bogig verbinden und in den größeren Excisionsstücken massige Formen annehmen. Der Papillarkörper zeigt sich in den Schnitten bald normal, bald verdichtet. Stets finden sich Bezirke in der Cutis, in denen die Bindegewebsbündel gröber, derber, verdichtet und im allgemeinen homogenisiert erscheinen. Die Interstitien sind durchweg kernreich, ihre Zellen meist klein, die Kerne spindelig, zipflig oder rund. Es finden sich auch einzelne größere Zellen, deren Protoplasma schwach färbbar, deren Kerne blaß und größer sind. An den elastischen Fasern stellt man in allen Schnitten Verdrängungserscheinungen fest. In den Bezirken der veränderten Bindegewebsbündel sind sie ganz oder bis auf geringfügige Überreste geschwunden und liegen mehr oder weniger stark zusammengeballt und verflochten, bisweilen verklumpt, an den Rändern der eben erwähnten Partien. Auch im Bereich der Retewucherungen sind die elasti-

schen Fasern vielfach im Schwinden begriffen. Perivasculäre Infiltrate bilden in allen Schnittbildern eine immer wiederkehrende Erscheinung.

In unserem Falle lag, wie bereits hervorgehoben, auch noch Teleangiektasie sowie Angiombildung vor.

Biberstein spricht den von ihm beschriebenen Neubildungen Blastomnatur zu. Er nimmt an, daß es sich bei ihnen genetisch weder um nur primär epitheliale, noch um nur primär bindegewebige Geschwulstformen handelt, sondern er glaubt an eine pathogenetische Koordinierung der beiden, die zwei verschiedenen Keimblätter betreffenden Veränderungen, die somit den Mischgeschwülsten zuzuzählen seien.

Im folgenden sind aus der Literatur Fälle von Pringleschem Adenoma sebaceum wiedergegeben, bei denen gleichzeitig die Mundschleimhaut von Knötchenbildungen betroffen war.

Als erster sei ein Fall erwähnt, der von Felländer angeführt wird. Es handelt sich dabei um eine 42 jährige Patientin, bei der seit frühester Jugend ein Ausschlag im Gesicht besteht, der nach Angabe der Eltern nicht angeboren, sondern in den ersten Lebensjahren entstanden ist. Intelligenzstörung liegt nicht vor.

An der Vorderseite des Zahnfleisches, speziell des Unterkiefers, finden sich zahlreiche, dicht sitzende, stecknadelkopfgroße, grau-weiße, schwach erhöhte Tumoren. Im übrigen weist die Mundschleimhaut nichts Abnormes.

F. Cohn berichtet über Morbus Pringle einer 28 jährigen Patientin, deren Mutter die gleichen Veränderungen besitzen soll. Ein Bruder der Erkrankten leidet an Epilepsie. Die typischen Hauterscheinungen im Gesicht bestehen seit frühester Kindheit.

Die Gingiva des Oberkiefers weist fibromatöse bis hirsekorngroße Wucherungen auf, über deren Entstehungszeit sie nichts anzugeben weiß. — Psychische Defekte liegen nicht vor.

Biberstein beobachtete Morbus Pringle bei einer 32jährigen Frau, deren Mutter einige Knötchen im Gesicht haben soll. Bei ihr selbst zeigten sich im Alter von 16 Jahren die ersten Effloreszenzen.

Am Zahnfleisch zwischen den oberen mittleren Schneidezähnen stehen 2 hirsekorngroße, blasse, wärzchenartige Wucherungen. Rechts seitlich am Oberkieferzahnfleisch und an der Schleimhaut der Unterlippe zeigen sich Andeutungen ähnlicher Herdchen von rosa Farbe.

Auch von Richter wird ein Fall von Adenoma sebaceum (Typus Pringle) angeführt, bei dem die Effloreszenzen auch an den oberen Partien des Zahnfleisches festgestellt wurden.

Über Pringlesche Krankheit vom fibroangiomatösen Typus wird von Nicoletti berichtet. Als bemerkenswert wird das Befallensein der Wangenschleimhaut erwähnt. Es zeigen sich 3 papuloide Elemente auf der Schleimhaut der linken Wange.

Ausführliche Schilderung eines Falles von Adenoma sebaceum mit gleichzeitiger Knötchenbildung in der Mundhöhle liegt von Kothe vor. Der Ausschlag besteht bei dem 33 jährigen Patienten seit 26 Jahren. An der Innenseite der Unterlippe zeigen sich mohnkorngroße Knötchen von bläulich-roter Farbe in großer Anzahl, stets isoliert, versehen mit zahlreichen Teleangiektasien. Die Effloreszenzen erstrecken sich beiderseits auf die Wangenschleimhaut, sie finden sich aber auch auf den vorderen Gaumenbögen und auf der Uvula. Viel größere, breit aufsitzende flache Effloreszenzen sind am Zahnfleisch, und zwar besonders dem des Oberkiefers, sowie auch an den anstoßenden Teilen des harten Gaumens festzustellen. Sie sind etwas blasser als die übrige Schleimhaut, von ziemlich derber Konsistenz, hanfkorn- bis kleinerbsengroß, meist miteinander konfluierend. Zwei ähnliche papillomartige Gebilde finden sich auf dem Zungenrücken 2—3 cm hinter der Zungenspitze.
Im histologischen Schnitt eines der Unterlippenschleimhaut entnommenen Knötchens zeigte sich das Plattenepithel stark verdickt. Im Corium fanden sich vereinzelte Talgdrüsen von normalem Bau. Reichlich vorhandene Kapillaren waren strotzend mit Blut gefüllt.

Von Interesse, vor allem auch wegen der Heredität des Adenoma sebaceum, sind die Fälle, die Fuß zur Beobachtung gelangten. Bei 3 Personen einer in 5 Generationen von Adenoma sebaceum behafteten Familie wies außer der Gesichtshaut auch die Mundschleimhaut die Knötchenbildungen auf. Der erste Fall betrifft eine 46 jährige Patientin, die wegen seit Geburt bestehender epileptiformer Anfälle und später hinzutretender Imbezillität sowie tuberöser Sklerose in einer Heilanstalt untergebracht ist. Die angeblich erste Beobachtung des Gesichtsausschlages wurde kurz vor der Pubertät gemacht. An der Gingiva beider Kiefer finden sich unregelmäßig disseminierte, stecknadelkopfgroße Effloreszenzen von Schleimhautfarbe und leicht warziger Oberfläche.
Bei der jüngeren 43 jährigen Schwester der Ersterwähnten traten die ersten Anzeichen des Leidens um die Pubertät auf.

An der Gingiva zeigten sich bei ihr zahlreiche, stecknadelkopfgroße Knötchen von Schleimhautfarbe.

Der 9jährige, sehr intelligente Sohn dieser Patientin weist gleichfalls die Hautveränderungen auf. Die Entwicklung der Neubildungen setzte bei ihm im 8. Lebensjahre ein. Die Gingiva des Oberkiefers und der rechte Zungenrand tragen vereinzelte, bis kleinerbsengroße, warzige, hellrote derbere Efflores-zenzen.

In seiner Abhandlung „Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum" berichtet Buschke über die Erkrankung eines 13 Jahre alten Knaben. Anamnestisch ergab sich, daß das Leiden im Anschluß an Masern seinen Anfang nahm. Über das zeitliche Auftreten der Veränderungen der Mundschleimhaut war nichts festzustellen.

Dicht hinter dem linken Mundwinkel und deutlich im Schleimhautbereich findet sich eine unregelmäßig begrenzte, auch palpatorisch deutlich nachweisbare Gruppe von 3—4 kleinen, stecknadelkopfgroßen Geschwülstchen mit Teleangiektasien bedeckt. Ferner sieht man an der rechten Wangenschleimhaut dicht hinter dem Mundwinkel beginnend und sich bis in die Gegend der Backenzähne erstreckend, einzelne, zu vieren gruppierte, stecknadelkopfgroße, nur ganz wenig prominierende, blaßgraue Geschwülste, die sich bei der Palpation deutlich wie Hirsekörner anfühlen.

Über einen Fall dieser Art unterrichtet uns Baader. Bei der Erkrankten handelt es sich um ein 20 Jahre altes, geistig sehr regsames Mädchen. Die Affektion besteht seit dem 2. bis 3. Lebensjahr.

Die Unterlippenschleimhaut zeigt sich befallen von fast linsengroßen Knötchen, die teils rötlich sind, teils sich in der Färbung von der Umgebung kaum abheben.

Freund hat die Beobachtung an 2 Brüdern gemacht. Bei beiden finden sich adäquate Effloreszenzen in der Mundhöhle und bei einem derselben ebensolche am Kehlkopfeingang.

Das gleiche wird von Mendes da Costa berichtet. Von 2 Patienten mit typischem Bild von Morbus Pringle stellte er an dem harten Gaumen des einen einige blasse, stecknadelkopfgroße Geschwülstchen fest.

Einen weiteren Fall bringt uns Urbach zur Kenntnis. Die 17jährige Patientin weist einen typischen Naevus des Gesichtes auf. Epileptiforme Anfälle und Intelligenzdefekte weisen auf tuberöse Hirnsklerose hin. Auf der Schleimhaut des

harten Gaumens sowie am Zungenrücken finden sich etwa je ein halbes Dutzend linsengroßer, rötlicher Knötchen, am linken Seitenrande der Zunge 2 erbsengroße, gelbe Tumoren.

Kofler beschreibt einen Fall, in dem sich zahlreiche hanfkorn- bis linsengroße, rot gefärbte Effloreszenzen am Lippenrot, an der Gingiva, der Zunge und am harten und weichen Gaumen zeigten. Ein ca. linsengroßes, hellrotes, flach erhabenes Geschwülstchen fand sich an der Hinterwand des Hypopharynx und ein zweites ebensolches am rechten Aryknorpel.

2 Fälle von Adenoma sebaceum mit Knötchenbildungen in der Mundhöhle werden von Stern angeführt.

Erwähnt sei noch, daß auch von Kittl die gleiche Beobachtung gemacht wurde.

In allen oben aufgeführten Literaturfällen handelt es sich, wie in unseren beiden, um eine Kombinierung des Pringleschen Adenoma sebaceum mit klinisch durchweg völlig gleichartigen Tumoren in der Mundhöhle. Ein mikroskopischer Befund liegt nur in Kothes Falle vor. Die Frage nach der Wesensart dieser Neubildungen der Mundschleimhaut muß daher in allen Fällen offen bleiben, da, wie die histologischen Erhebungen unseres zweiten Falles deutlich zeigen, eine Diagnosestellung nur auf Grund histologischer Untersuchungsergebnisse gerechtfertigt erscheint.

Über das zeitliche Auftreten der Knötchen in der Mundhöhle konnte, wie in unseren beiden Fällen, so auch in keinem der oben angeführten, in denen die Autoren anamnestische Erhebungen darüber versuchten, etwas Positives ermittelt werden. Der Grund dafür dürfte wohl vor allem in den spezifischen Mundhöhlenverhältnissen zu erblicken sein, die Mißbildungen und Veränderungen der Mundschleimhaut nicht so leicht in Erscheinung treten lassen.

Zusammenfassung

In den beiden hier zur Kenntnis gebrachten Fällen von Pringleschem Adenoma sebaceum wies die Mundschleimhaut Knötchenbildungen auf, die äußerlich den in der Gesichtshaut lokalisierten Geschwülstchen völlig entsprachen. In unserem I. Falle zeigte sich die Gesichtsdermatose unter eindeutigem klinischen Bilde des Adenoma sebaceum. Mikroskopische Untersuchungen hatten nicht angestellt werden können, weshalb über die Affektion in der Mundhöhle näheres nicht gesagt werden kann.

Im II. Falle wurden bei dem Patienten typische Begleiterscheinungen Pringlescher Krankheit beobachtet, Fibromatose und tuberöse Sklerose. Die Neubildungen in der Gesichtshaut wiesen sowohl klinisch als auch histologisch das typische Bild des Pringleschen Adenoma sebaceum auf. Die untersuchten Schleimhautefflorsezenzen zeigten im Schnittbild epitheliale Wucherungen sowie fibromatöse wie auch angiomatöse Veränderungen. Sie sind damit als die gleichen Tumoren anzusprechen, wie sie erstmalig von Biberstein unter der Bezeichnung „Fibrome mit atypischer Epithelwucherung" beschrieben worden sind.

Bei den Beobachtungen dieses Autors war lediglich die äußere Haut Trägerin dieser Mißbildungen. Über das Auftreten der Geschwülste an Schleimhäuten wurde unseres Wissens bislang noch nicht berichtet.

Aufrichtigen Dank weiß ich Herrn Prof. Dr. Stühmer für die freundliche Überlassung der Arbeit.

Literaturangabe.

Baader, Inaug. Dissert. Freiburg i. Br. (1921).

Biberstein, Fibrome mit atyp. Epithelwucherung, Arch. f. D. u. S. Bd. 164, 1931.

Buschke, Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum, Dermatol. Ztschr. 1904, Bd. 11, S. 469.

Cohn, Schles. Dermat. Gesellsch. Ztrbl. f. H. u. G. 1931, Bd. 38, S. 446.

Felländer, Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum, Arch. f. D. u. S. 1905, Bd. 74, S. 204.

Freund, Ztrbl. f. H. u. G. 1922, (Ref.) Bd. 3, S. 42.

Fuß, Über Naevus multiplex Pringle, A. f. D. u. S. Bd. 148, S. 511, 1925.

Kofler, Ein Fall von Naevus Pringle, Wien. klin. Wschr. 1908.

Kothe, Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten, Arch. f. D. u. S. 1903, Bd. 68.

Mendes da Costa, Tagung der Niederländ. Dermat. Vereinig. Amsterdam 1928, Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 27, S. 739.

Nicoletti, Ztrbl. f. H. u. G. 1929 (Ref.) Bd. 29, S. 668.

Richter, Berl. Dermat. Gesellsch. Dermat. Ztschr. 1930, Bd. 59, S. 126.

Stern, Adenoma sebaceum der Schleimhaut der Mundhöhle, Derm. Wschr. 1912, Bd. 55, S. 1034. (Ref.).

Urbach, Wien. Dermat. Gesellsch. 1928, Ztrbl. f. H. u. G. 1929, Bd. 28, S. 18.

Winkler, Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Tumoren der Haut, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 67, S. 3, 1903.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich in Sabershausen als Sohn des Rektors Heinrich Müller und seiner Ehefrau Katharina geb. Wendling. Ich besuchte die katholische Volksschule in Essen-Kray und wurde Schüler des Gymnasiums in Essen-Steele, an dem ich die Reife erhielt. In Münster widmete ich mich dem Studium der Zahnheilkunde und bestand dort Physikum sowie 1932 das Staatsexamen mit gut.